

Mecanismos combinados na apneia central do sono: contributo da obesidade e dos opioides na instabilidade ventilatória

Elena Furtuna ^{1*}, Ana Magalhães ², André Pereira ³

¹ Unidade Local de Saúde do Algarve EPE, Rua Leão Penedo, Faro, Portugal, efurtuna@ulslag.min-saude.pt

² Unidade Local de Saúde do Algarve EPE, Rua Leão Penedo, Faro, Portugal, amagalhaes@ulslag.min-saude.pt

³ Unidade Local de Saúde do Algarve EPE, Rua Leão Penedo, Faro, Portugal, afpereira@ulslag.min-saude.pt

* Autor correspondente

Enquadramento: O uso crónico de opioides compromete a quimiossensibilidade central ao dióxido de carbono (CO₂) e oxigénio (O₂), favorecendo a instabilidade ventilatória e podendo levar à Síndrome de Apneia Central do Sono (SACS) [1]. Descreve-se o caso de uma mulher de 40 anos, fumadora, com índice de massa corporal (IMC) de 38,1 kg/m², em programa de substituição com metadona, referenciada para consulta de Patologia do Sono por roncopatia, apneias testemunhadas e pontuação 9/24 na Escala de Sonolência de Epworth (ESE). **Objetivo:** Descrever a relação entre a SACS, o uso crónico de opioides e a obesidade, evidenciando a importância da investigação etiológica e escolha individualizada da ventiloterapia. **Métodos:** Realizada (i) anamnese aprofundada focada em comorbilidades e exposição a fármacos com impacto respiratório; (ii) realização de registo poligráfico do sono nível III; (iii) revisão da terapêutica com identificação de fatores contribuintes para a apneia central do sono e Síndrome de Obesidade-Hipoventilação (SOH). **Resultados:** O estudo do sono evidenciou Índice de Apneia-Hipopneia (IAH) de 30 eventos/hora, com predominância de eventos centrais (24/hora), dessaturações significativas (20/hora); 37% do tempo com dessaturação inferior a 90% e roncopatia relevante, compatíveis com SACS associada a opioides e possível SOH. Ventiloterapia com pressão positiva automática (aPAP) foi instituída, com excelente adesão e melhoria clínica significativa (ESE: 0/24). A paciente foi encaminhada para cirurgia bariátrica por insucesso na mudança de estilo de vida e aumento do IMC para a categoria de obesidade mórbida (IMC > 40 kg/m²). A literatura corrobora a associação entre SACS e uso prolongado de opioides, devendo a escolha da modalidade ventilatória considerar o risco de hipocapnia iatrogénica [2,3]. Optou-se pelo aPAP pela capacidade adaptativa aos padrões ventilatórios [1,4,5]. **Conclusões:** Existe necessidade de abordagem individualizada na SACS com avaliação clínica criteriosa e reavaliação periódica, enfatizando a investigação etiológica, otimização terapêutica e modificação de fatores de risco.

Palavras-chave: Síndrome de Apneia Central do Sono; Opioides; Obesidade e Hipoventilação; Metadona; Ventiloterapia

Reconhecimentos

Esta pesquisa não recebeu financiamento externo.

Referências

- [1] Bassetti C, Dogas Z, Peigneux P. ESRS European sleep medicine textbook. Regensburg: European Sleep Research Society; 2014.
- [2] Correa D, Farney R, Chung F, Prasad A, Lam D, Wong J, et al. Chronic opioid use and central sleep apnea. *Anesth Analg*. 2015;120(6):1273–85.
- [3] Walker JM, Farney RJ, Rhondeau SM, Boyle KM, Valentine K, Cloward TV, et al. Chronic opioid use is a risk factor for the development of central sleep apnea and ataxic breathing. *J Clin Sleep Med*. 2007;3(5):455–61.
- [4] Mokhlesi B, Masa JF, Afshar M, Campos-Rodriguez F, Gozal D, Javaheri S, et al. Evaluation and management of obesity hypoventilation syndrome: an official American Thoracic Society clinical practice guideline. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019;200(3):e6–24.
- [5] Athayde RA, Oliveira JG, Lorenzi-Filho G, Genta PR. Obesity hypoventilation syndrome: a current review. *J Bras Pneumol*. 2018;44(6):510–8.